

原子爆弾被爆者見舞金支給申請書兼請求書

年 月 日

大磯町長 殿

住所	大磯町
氏名	印
電話	

次のとおり原子爆弾被爆者見舞金の支給を申請及び請求します。

公費負担医療の受給者番号							
対 象 者 氏 名							
対 象 者 住 所							
生年月日および性別		明治 大正 年 月 日生 昭和				男性	
						女性	
交 付 年 月 日 (資格取得年月日)		昭和 年 月 日 平成					
見 舞 金 の 額		6, 000円					
見 舞 金 振 込 先		信用金庫 本店 銀行・農協 支店				種目	普通 当座
		口座番号		ふりがな 口座名義			
担 当 課 記 入 欄	支給決定	支給する		支給しない	決定日	年 月 日	
	決定要件	住民票		有 ・ 無	台 帳	有 ・ 無	
	課長	副課長	係長	所属職員			

※ 担当課記入欄には、記入しないでください。